

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2023/2011

ATAS/92/2012

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 8 février 2012

4<sup>ème</sup> Chambre

En la cause

Monsieur M\_\_\_\_\_, domicilié au Lignon, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Marlène PALLY

recourant

contre

ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES, Bleicherweg 19,  
8002 Zürich

intimée

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Rosa GAMBA et Olivier LEVY, Juges  
assesseurs**

---

### **EN FAIT**

1. Monsieur M\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né en 1964 et de nationalité italienne, est titulaire d'un certificat d'aptitude professionnelle section restaurant. Dès le 17 août 1992, il a travaillé en tant que garçon d'office dans un restaurant d'entreprise X\_\_\_\_\_ Genève. A ce titre il était couvert contre les accidents professionnels et non professionnels par ELVIA SOCIETE SUISSE D'ASSURANCES ZURICH, reprise depuis lors par ALLIANZ SUISSE SOCIETE D'ASSURANCES SA (ci-après : l'assureur ou l'intimé)
2. Le 23 février 1996, l'assuré a glissé au travail sur le sol mouillé de la cuisine et est tombé sur les fesses en tenant une grille d'évacuation des eaux qui a heurté sa main droite.
3. Les suites de cet accident ont été prises en charge par l'assureur. Le versement des indemnités journalières a fait l'objet de plusieurs décisions et décisions sur opposition ainsi que de deux procédures portées devant le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent (TCAS) (voir ci-dessous ch. 12 et ss).
4. Par courrier du 2 février 1998, demeuré sans suite, l'assuré a sollicité l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité conformément aux dispositions de la loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents.
5. Le 1<sup>er</sup> juillet 2003, l'assureur a proposé le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité au sens de l'art. 24 LAA d'un montant de 9'720 fr., correspondant à une atteinte de 10%.
6. L'assuré a refusé la proposition précitée par courrier du 4 août 2003, considérant que seul un expert - et non la juriste de l'assureur - pouvait évaluer l'intensité de l'atteinte après guérison complète.
7. Mandaté par l'assureur, le Dr A\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie de la main, a examiné l'assuré et établi un rapport d'expertise en date du 10 janvier 2003. Les diagnostics posés étaient les suivants : status après contusion d'une rhizarthrose, sur cal vicieux d'une ancienne fracture du 1<sup>er</sup> métacarpien droit, en 1992, avec récupération indolente non invalidante, status après décompensation douloureuse, invalidante, d'une arthrose trapézo-métacarpienne droite préexistante, asymptomatique, le 23 février 1996, status après contusions pluri-étagées du rachis le 23 février 1996, status après arthrodèse trapézo-métacarpienne droite par plaque vissée le 3 septembre 1996, non consolidation et fracture d'implant d'arthrodèse trapézo-métacarpienne droite, status après intervention chirurgicale de nature indéterminée sur la face palmaire du 5<sup>e</sup> rayon de la main droite, le 3 septembre 1996, avec flexum, sub-totalement réductible, résiduel de l'interphalangienne proximale de l'auriculaire droit, arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne droite

après arthrodèse trapézo-métacarpienne droite, conflit sylo-ulno-carpien droit asymptomatique, conflit sub-acromial et tendinopathie fruste du muscle infra-épineux droit, dystrophie sympathique réflexe (complex regional pain type I) du membre supérieur droit, agoraphobie, état dépressif d'intensité légère, status après thyroïdectomie, neuropathies irritatives ulnaire au coude et du nerf médian dans le tunnel carpien infra-électroneuromyographiques.

L'expert considérait en outre que l'état de santé de l'assuré ne lui permettait pas d'accomplir, de manière normale, son activité de garçon d'office et le retour à cette activité ne pouvait être évalué qu'après consolidation de l'arthrodèse et disparition ou du moins nette régression de la dystrophie sympathique réflexe subséquente. Cela étant, si malgré la consolidation, cette activité n'était pas exigible car trop lourde, l'assuré serait capable d'effectuer, en pleine capacité, des activités adaptées, telles que celle de chauffeur de taxi, voire toute autre tâche n'impliquant pas une sollicitation en force du membre supérieur droit. Une révision de l'arthrodèse était impérative, avec retrait du matériel d'ostéosynthèse et réarthrodèse.

Le praticien mandaté par l'assureur ne s'est pas prononcé sur la problématique de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

8. En juillet 2004, l'assuré a subi une réarthrodèse.
9. L'expertise du 10 janvier 2003 a été complétée en date des 19 novembre 2004, 28 avril et 28 juillet 2005.

Dans son courrier du 19 novembre 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé que la réalisation prochaine d'un scanner pour évaluer la progression de la consolidation de la réarthrodèse effectuée en juillet 2004 et, en fonction du résultat, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, était le meilleur traitement possible. Après avoir examiné les images CT-Scanner transmises par le recourant, le Dr A\_\_\_\_\_ a informé l'assureur, le 28 avril 2005, qu'il considérait que la consolidation de l'arthrodèse n'était pas acquise de manière optimale. Ces compléments n'ont pas porté sur la question de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.

10. Par courrier des 25 février, 7 mars et 12 juillet 2005, l'assuré a contesté les conclusions de l'expertise du Dr A\_\_\_\_\_ et a notamment réservé tous ses droits en ce qui concernait une éventuelle indemnité pour atteinte à l'intégrité.
11. Le 18 juillet 2005, l'assureur s'est prononcé sur le dernier courrier de l'assuré et a notamment attiré son attention sur le fait que l'allocation d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité supposait un état définitif, ce qui n'était pas encore le cas, comme il l'admettait d'ailleurs.
12. Dans une décision du 22 août 2005, par laquelle il refusait, d'une part, de verser des indemnités journalières pour la période du 31 mars 1997 au 26 juillet 2004 et,

---

d'autre part, de réévaluer le gain assuré, l'assureur a rappelé qu'au vu des pièces du dossier, l'état définitif n'était pas atteint de sorte que les conditions d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité n'étaient pas réalisées en l'état du dossier.

13. Dans son opposition du 20 septembre 2005, l'assuré a accepté la position de l'assureur s'agissant de cette indemnité et a considéré qu'il fallait « attendre la stabilisation de son état avant de pouvoir évaluer ce poste du dommage ». Il a toutefois contesté le refus du versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mars 1997 et de réévaluation du gain assuré. L'assureur a rejeté cette opposition par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2007.
14. Le 1<sup>er</sup> novembre 2007, l'assuré a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après : TCAS), alors compétent, contre la décision précitée (cause A/4152/2007). Outre les conclusions portant sur le versement d'indemnités journalières au-delà du 31 mars 1997, subsidiairement sur l'octroi d'une rente d'invalidité, il s'est réservé le droit de compléter ses conclusions en matière d'indemnité pour atteinte à l'intégrité. Dans sa réponse au recours du 29 novembre 2007, l'assureur a conclu au rejet du recours, précisant notamment que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité faisait l'objet d'une procédure distincte (décision du 1<sup>er</sup> octobre 2007) contre laquelle opposition a été faite le 1<sup>er</sup> novembre 2007.
15. Par décision du 1<sup>er</sup> octobre 2007, l'assureur a refusé de verser des indemnités journalières pour la période postérieure au 31 mars 1997, ainsi qu'une rente d'invalidité LAA.. L'opposition de l'assuré a été rejetée par l'assureur le 22 janvier 2008.
16. Le 14 février 2008, l'assuré a interjeté recours auprès du TCAS contre la décision sur opposition du 22 janvier 2008 (cause A/466/2008), sollicitant préalablement la jonction avec la cause A/4152/2007. Principalement, il requérait l'annulation de la décision sur opposition précitée et l'octroi de prestations d'invalidité, notamment le versement d'une rente entière d'invalidité LAA.
17. Par ordonnance du 17 mars 2008, le TCAS a joint les procédures A/4152/2007 et A/466/2008. Par arrêt du 30 juillet 2008, il a rejeté le recours du 14 février 2008 et admis partiellement celui du 1<sup>er</sup> novembre 2007, annulant partiellement les décisions de l'assureur des 22 août 2005 et 1<sup>er</sup> octobre 2007, lui renvoyant la cause pour le calcul de l'indemnité journalière due du 1<sup>er</sup> avril au 31 décembre 1997, sur la base d'une incapacité de travail de 50% et d'un gain assuré de 44'452 fr. Le recours interjeté contre l'arrêt du 30 juillet 2008 a été déclaré irrecevable par le Tribunal fédéral par arrêt du 14 octobre 2009.
18. A teneur d'un rapport de première consultation du 30 octobre 2008, le Dr B \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur et médecin adjoint auprès de l'Unité de chirurgie de la main des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (ci-après : HUG), a posé les

diagnostic de suspicion d'arthrose trapézo-trapézoïdienne sur status post-arthrodèse trapézo-métacarpienne et début d'arthrose scaphotrapézo-trapézoïdienne. La réalisation d'un scanner de la colonne du pouce était préconisée et une désarthrodèse trapézo-métacarpienne avec, en fonction de l'état local, la mise en place d'un implant en pyrocarbone type PI2 ou une trapézectomie suspension était également suggérée.

19. Dans un certificat du 7 janvier 2009, le Dr B \_\_\_\_\_ a précisé que l'assuré ne pouvait en aucun cas avoir une activité professionnelle avec sa colonne de pouce.
20. Selon un courrier du Dr C \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, diabétologie et endocrinologie, du 24 mars 2009, l'assuré subissait une limitation fonctionnelle de l'usage de sa main droite dans la vie courante de 40% et l'usage de la main droite était compromis à 100%.
21. A la demande de l'assuré, le Dr A \_\_\_\_\_ a examiné ce dernier et a établi, le 4 avril 2009, un avis dans lequel il posait les diagnostics suivants : douleurs persistantes de la colonne du pouce après réarthrodèse trapézo-métacarpienne droite, arthrodèse trapézo-métacarpienne droite incomplètement consolidée, arthrose secondaire scapho-trapézo-trapézoïdienne droite, migration majeure d'implant (IKW intra-scapho-capitato-lunaire) et neuropathie irritative / compressive réactionnelle du nerf médian dans le tunnel carpien droit. Il a notamment suggéré une réopération compte tenu de la consolidation incomplète de la réarthrodèse ainsi que de la présence totalement ectopique et dans une zone fonctionnelle importante d'une broche ayant migré, avec en outre une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne. Le type d'arthroplastie restait toutefois à déterminer, le consensus actuel parlant en faveur des résection du trapèze avec plastie d'interposition tendineuse. Enfin, les atteintes relevées entraînaient en substance une atteinte à l'intégrité qu'il estimait à 10% selon l'annexe 3 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents et ce quelle que soit la chirurgie ultérieure.
22. Par écriture du 19 juin 2009, l'assuré a interjeté un recours en révision contre l'arrêt du 30 juillet 2008, concluant à la mise en œuvre d'une expertise médicale et au versement d'indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> avril 1997. Ce recours a été rejeté par le TCAS par arrêt du 7 octobre 2009 (ATAS/1236/2009), confirmé par le Tribunal fédéral le 24 février 2010 (arrêt 8C\_934/2009).
23. Dans un courrier du 31 août 2009, le Dr A \_\_\_\_\_ a rappelé au Conseil de l'assuré qu'un recyclage était nécessaire, l'assuré n'allant à l'évidence pas reprendre son activité de garçon d'office ou tout autre travail de force. De plus, après l'arthrodèse trapézo-métacarpienne, il existait des risques marqués de décompensation de l'arthrose trapézo-trapézoïdienne déjà existante, raison pour laquelle il était important que l'assuré soit recyclé dans une nouvelle profession. En

effet, dans le cadre d'une activité adaptée, le traitement chirurgical, qui était le même que celui proposé par le Dr B \_\_\_\_\_, était réalisable.

24. Le 2 novembre 2009, l'assuré a indiqué à l'assureur qu'il réservait tous ses droits relatifs à l'indemnité pour atteinte à l'intégrité.
25. A teneur d'un courrier du Dr D \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique et en chirurgie de la main, l'assuré se plaignait de douleurs de la colonne du pouce droit après une arthrodèse trapézo-métacarpienne ayant fusionné. Le diagnostic d'arthrodèse scapho-trapézo-trapézoïdienne de surcharge après arthrodèse trapézo-métacarpienne a été posé. Il proposait également à l'assuré une trapézectomie avec une ligamentoplastie après avoir réséqué le trapèze (désarthrodèse) pour éviter le conflit entre le trapèze et le pôle distal du scaphoïde.
26. Par courrier du 18 mars 2010, l'assuré, sous la plume de son Conseil, a sollicité le versement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 40%, soit un montant de 279'281 fr.
27. Le 7 septembre 2010, l'assuré a saisi le TCAS d'une demande en paiement d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité physique de 279'281 fr. avec intérêts à 5% dès le 19 mars 2010.

Par arrêt du 2 février 2011, le TCAS a requalifié la demande du 7 septembre 2010 en recours pour déni de justice et déclaré irrecevables les conclusions au fond. Une décision sur la question d'indemnité pour atteinte à l'intégrité ayant été rendue entre-temps, le 1<sup>er</sup> novembre 2010, le recours a été déclaré sans objet.

28. Par courrier du 21 septembre 2010, intitulé « Droit d'être entendu », l'assureur a informé l'assuré qu'il acceptait de lui verser une indemnité pour atteinte à l'intégrité d'un montant de 9'720 fr. Se fondant sur le rapport établi par le Dr A \_\_\_\_\_ le 4 avril 2009, l'assureur a retenu une atteinte à l'intégrité de 10% de sorte que l'indemnité s'élevait à 9'720 fr.

Ce montant de 9'720 fr. a été confirmé par décision du 1<sup>er</sup> novembre 2010.

29. En date du 30 novembre 2010, l'assuré a formé opposition à la décision précitée, considérant qu'une atteinte à l'intégrité de 40% devait être retenue, ce qui équivalait au taux prévu par l'annexe 3 OLAA en cas de perte d'une main. Dès lors que l'accident datait du 23 février 1996 et que le gain assuré était de 49'283.-, le montant dû s'élevait à 279'281 fr. (19'714 fr. x 14 ans et deux mois). A ce montant s'ajoutait encore une indemnité pour atteinte à l'intégrité morale de 10% de sorte que le taux global se montait à 50% (40% + 10%) ce qui équivalait à un montant total de 344'981 fr.

30. A la demande de l'assureur, la Dresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie plastique, reconstructive et esthétique et en chirurgie de la main a établi un certificat initial LAA, le 27 février 2011. Selon ce document, l'assuré présentait des douleurs sur la colonne du pouce et à la main droite. Une intervention chirurgicale aux HUG lui avait été proposée mais il souhaitait un deuxième avis. Les constatations faites lors de l'unique examen du 19 janvier 2011 avaient permis de mettre en évidence une exclusion fonctionnelle du pouce droit.
31. Par décision du 30 mai 2011, l'assureur a rejeté l'opposition de l'assuré.
32. Le 30 juin 2011, l'assuré a interjeté recours contre la décision précitée, concluant à la condamnation de l'assureur au paiement du montant de 344'981 fr. avec intérêts moratoires dès le 19 mars 2010. A l'appui de ses conclusions, il a notamment indiqué qu'il n'avait fait l'objet d'aucune expertise, que son dossier était incomplet et que son droit d'être entendu n'avait pas été respecté, que les attestations du Dr A\_\_\_\_\_ présentaient des contradictions et enfin que les avis divergeaient sur son cas.
33. Dans sa réponse du 26 août 2011, l'assureur a conclu au rejet du recours ainsi qu'à la condamnation du recourant au paiement des frais de procédure, des dépens et d'un émolument au sens de l'art. 89H de la loi sur la procédure administrative. Il a fait valoir que le droit d'être entendu du recourant avait été respecté et que c'était à juste titre que le Dr A\_\_\_\_\_ avait retenu une atteinte à l'intégrité de 10%. L'intimé laissait en outre l'application de l'art. 85H al. 1 LPA - compte tenu du montant de l'indemnité articulé - à la libre appréciation de la Cour de céans.
34. Après échange des écritures, la cause a été gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 5 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-accidents, du 20 mars 1981 (LAA; RS 832.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-accidents. Conformément au principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits

(ATF 130 V 446 consid. 1.2.1, 127 V 467 consid. 1, 126 V 165 consid. 4b), le droit litigieux doit donc être examiné à l'aune des dispositions de la nouvelle législation. Il convient en outre de relever que les dispositions de la LPGA n'ont pas modifié les notions d'accident et d'invalidité (notamment) selon l'ancienne LAA et la jurisprudence du Tribunal fédéral y relative est toujours d'actualité. Enfin, en ce qui concerne la procédure et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

3. a) Pour être considéré comme recevable selon l'art. 61 let. b LPGA, l'acte de recours doit contenir un exposé succinct des faits et des motifs invoqués, ainsi que des conclusions; si l'acte n'est pas conforme à ces règles, le tribunal impartit un délai convenable au recourant pour combler les lacunes, en l'avertissant qu'en cas d'inobservation le recours sera écarté.

La règle de l'art. 61 let. b LPGA découle du principe de l'interdiction du formalisme excessif et constitue l'expression du principe de la simplicité de la procédure qui gouverne le droit des assurances sociales (MEYER-BLASER, La LPGA - Les règles de procédure judiciaire, in: La Partie générale du droit des assurances sociales, Colloque de l'IRAL 2002, Lausanne 2003, p. 32). C'est pourquoi le juge saisi d'un recours dans ce domaine ne doit pas se montrer trop strict lorsqu'il s'agit d'apprécier la forme et le contenu de l'acte de recours. A cet égard, la jurisprudence a précisé qu'il y a lieu d'accorder un délai convenable en application de l'art. 61 let. b LPGA non seulement dans les cas où l'acte de recours est insuffisamment motivé mais également en l'absence de toute motivation pour autant que le recourant ait clairement exprimé sa volonté de recourir contre une décision déterminée dans le délai légal de recours; demeure réservé l'abus de droit (ATF 134 V 162; arrêt 9C\_248/2010 du 23 juin 2010, consid. 3.1; voir également KIESER, Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG), in: Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Soziale Sicherheit, 2ème éd., n. 193 p. 299). Dans ce contexte, le Tribunal fédéral a dit que l'existence d'un éventuel abus de droit pouvait être admise plus facilement lorsque l'assuré était représenté par un mandataire professionnel, dès lors que celui-ci est censé connaître les exigences formelles d'un acte de recours (ATF 134 V 162 consid. 5.1 p. 167).

Des règles similaires sont posées par le droit de procédure cantonal applicable (art. 65 al. 1 et 2 de la loi cantonale du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative- LPA ; RS E 5 10).

b) En l'espèce, le recours de l'assuré contient un exposé des faits très lacunaire, dans lequel il se contente de renvoyer à la décision querellée qu'il semble tout de même contester sur certains points, que la Cour de céans doit extrapoler. Il ne précise en outre pas comment il parvient au montant réclamé de 344'982 fr. Cela étant, compte tenu du fait que la position du recourant peut être inférée de son

---

opposition du 30 novembre 2010, la Cour de céans entrera tout de même en matière sur le recours.

4. Interjeté dans le délai légal, le recours est recevable (art. 56 et 60 LPGA).
5. Le litige porte d'une part sur la question de savoir si le taux de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité accordée à l'assuré suite à son accident doit être augmenté à 40 % comme il le demande et, d'autre part, sur l'octroi d'une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique.
6. Le recourant allègue tout d'abord que son droit d'être entendu a été violé dans la mesure où il n'a fait l'objet d'une expertise médicale. Ce grief, de nature formelle, doit être examiné en premier lieu (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 124 V 90 consid. 2 notamment).

La jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst., qui s'applique également à l'art. 29 al. 2 Cst. (ATF 127 I 54 consid. 2b, 127 III 576 consid. 2c), a déduit du droit d'être entendu, en particulier, le droit pour le justiciable de s'expliquer avant qu'une décision ne soit prise à son détriment, celui de fournir des preuves quant aux faits de nature à influencer sur le sort de la décision, celui d'avoir accès au dossier, celui de participer à l'administration des preuves, d'en prendre connaissance et de se déterminer à leur propos (ATF 126 I 15 consid. 2a/aa, 124 V 180 consid. 1a). L'art. 29 al. 2 Cst. ne confère cependant pas le droit d'être entendu oralement (cf. ATF 134 I 140 consid. 5.3 p. 148 et les références), pas plus du reste que l'art. 42 LPGA, qui s'applique à la procédure administrative en matière d'assurances sociales (arrêt C 128/04 du 20 septembre 2005, in SVR 2006 ALV n° 5 p. 15).

La violation du droit d'être entendu - pour autant qu'elle ne soit pas d'une gravité particulière - est réparée lorsque la partie lésée a la possibilité de s'exprimer devant une autorité de recours jouissant d'un plein pouvoir d'examen. Au demeurant, la réparation d'un vice éventuel ne doit avoir lieu qu'exceptionnellement (ATF 127 V 431 consid. 3d/aa, 126 I 70, 126 V 130 consid. 2b et les références).

En l'espèce, l'intimée a soumis sa position au recourant, l'invitant à faire valoir ses observations dans les délais impartis. De plus, il a pu s'exprimer dans son opposition et son recours de sorte que son droit d'être entendu a été respecté. Le fait qu'il n'ait pas fait l'objet d'une expertise comme il le prétend - à tort d'ailleurs - (voir *infra*) ne relève pas d'une violation du droit d'être entendu mais constitue bien une question de preuve que la Cour de céans appréciera.

7. Dans un deuxième temps, le recourant conteste le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité retenue par l'assureur.
8. a) A teneur de l'art. 24 al. 1 LAA, l'assuré qui, par suite de l'accident, souffre d'une atteinte importante et durable à son intégrité physique, mentale ou psychique, a

droit à une indemnité équitable pour atteinte à l'intégrité. L'indemnité est fixée en même temps que la rente d'invalidité ou, si l'assuré ne peut prétendre une rente, lorsque le traitement médical est terminé (al. 2). Le Conseil fédéral édicte des prescriptions détaillées sur le calcul de l'indemnité (art. 25 al. 1 et 2 LAA). Selon l'art. 36 de l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA), édicté conformément à cette délégation de compétence, une atteinte à l'intégrité est réputée durable lorsqu'il est prévisible qu'elle subsistera avec au moins la même gravité, pendant toute la vie. Elle est réputée importante lorsque l'intégrité physique, mentale ou psychique subit, indépendamment de la diminution de la capacité de gain, une altération évidente ou grave (al. 1). L'indemnité pour atteinte à l'intégrité est calculée selon les directives figurant à l'annexe 3 à l'ordonnance (al. 2). En cas de concours de plusieurs atteintes à l'intégrité physique, mentale ou psychique, dues à un ou plusieurs accidents, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée d'après l'ensemble du dommage (al. 3, 1<sup>ère</sup> phrase).

b) Il résulte de l'art. 25 al. 1 LAA que l'indemnité pour atteinte à l'intégrité est fixée en fonction de la gravité de l'atteinte. Celle-ci s'apprécie d'après les constatations médicales. C'est dire que chez tous les assurés présentant le même status médical, l'atteinte à l'intégrité est la même; elle est évaluée en effet de manière abstraite, égale pour tous. En cela, l'indemnité pour atteinte à l'intégrité de l'assurance-accidents se distingue donc de l'indemnité pour tort moral du droit civil, qui procède de l'estimation individuelle d'un dommage immatériel au regard des circonstances particulières du cas. Contrairement à l'évaluation du tort moral, la fixation de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité peut se fonder sur des critères médicaux d'ordre général, résultant de la comparaison de séquelles similaires d'origine accidentelle, sans qu'il soit nécessaire de tenir compte des inconvénients spécifiques qu'une atteinte entraîne pour l'assuré concerné. En d'autres termes, le montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité ne dépend pas des circonstances particulières du cas concret, mais d'une évaluation médico-théorique de l'atteinte physique ou mentale, abstraction faite des facteurs subjectifs (ATF 115 V 147 consid. 1, 113 V 221 consid. 4b, et les références; arrêt non publié du Tribunal fédéral des assurances du 30 juillet 2002, U 249/01).

c) L'annexe 3 à l'ordonnance sur l'assurance-accidents du 20 décembre 1982 (OLAA) comporte un barème des atteintes à l'intégrité en pour cent du montant maximum du gain assuré. Ce barème - reconnu conforme à la loi - ne constitue pas une énumération exhaustive (ATF 124 V 32 consid. 1b et les références). Il représente une «règle générale» (ch. 1 al. 1 de l'annexe). Pour les atteintes qui sont spéciales ou qui ne figurent pas dans la liste, il y a lieu d'appliquer le barème par analogie, en tenant compte de la gravité de l'atteinte (ch. 1 al. 2 de l'annexe). A cette fin, la division médicale de la CNA a établi des tables complémentaires comportant des valeurs indicatives destinées à assurer autant que faire se peut l'égalité de traitement entre les assurés. Ces tables émanant de l'administration ne constituent pas une source de droit et ne lient pas le juge, mais sont néanmoins

compatibles avec l'annexe 3 à l'OLAA (ATF 124 V 32 consid. 1c, 211 consid. 4a/cc, 116 V 157 consid. 3a; arrêt non publié du Tribunal fédéral des assurances U 11/03 du 28 novembre 2003). Elles permettent de procéder à une appréciation plus nuancée, lorsque l'atteinte d'un organe n'est que partielle.

d) Le taux d'une atteinte à l'intégrité doit être évalué exclusivement sur la base de constatations médicales (arrêt du Tribunal fédéral du 4 février 2009, 8C\_459/2008, consid. 2.3 ; ATF 115 V 147, consid. 1 ; ATF 113 V 218, consid. 4b p. 221; RAMA 2004 no U 514 p. 415, U 134/03 consid. 5.2; MAURER, Schweizerisches Unfallversicherungsrecht, p. 417; MEYER-BLASER, Sozialversicherungsrecht und Medizin, in: Das ärztliche Gutachten, 4e éd., Berne 2003, p. 30). Comme elle doit être prise en compte lors de l'évaluation initiale de l'atteinte à l'intégrité (FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, thèse Fribourg, 1998, p. 50), l'importance prévisible de l'atteinte doit être également fixée sur la base des constatations du médecin.

9. a) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. La jurisprudence a donc précisé les tâches du médecin, par exemple lors de l'évaluation de l'invalidité ou de l'atteinte à l'intégrité, ou lors de l'examen du lien de causalité naturelle entre l'événement accidentel et la survenance du dommage (ATF 122 V 158 consid. 1b et les références ; SPIRA, La preuve en droit des assurances sociales, in : Mélanges en l'honneur de Henri-Robert SCHÜPBACH, Bâle, 2000, p. 268).

b) L'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il convient que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

d) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

e) S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

f) Selon la jurisprudence, la valeur probante d'une expertise dans une discipline médicale particulière dépend du point de savoir si l'expert dispose d'une formation spécialisée dans le domaine concerné. Le titre de spécialiste (FMH) n'en est en revanche pas une condition (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 12 août 2008, 9C\_270/2007 consid. 3.3). Ce qui est déterminant pour le juge, lorsqu'il a à apprécier un rapport médical, ce sont les compétences professionnelles de son

auteur, dès lors que l'administration et les tribunaux doivent pouvoir se reposer sur les connaissances spécialisées de l'expert auquel ils font précisément appel en raison de son savoir particulier. Aussi, le rôle de l'expert médical dans une discipline médicale spécifique suppose-t-il des connaissances correspondantes bien établies de la part de l'auteur du rapport médical ou du moins du médecin qui vise celui-ci (arrêt non publié du Tribunal fédéral du 26 mars 2010, 9C\_359/2009 consid. 4.3 et les références).

10. Dans le cas d'espèce, l'intimée s'est notamment fondée sur le rapport d'expertise du Dr A\_\_\_\_\_ du 4 avril 2009, à teneur duquel l'atteinte à l'intégrité physique présentée par le recourant pouvait être évaluée à 10%. De son côté, le recourant conteste la valeur probante de cette appréciation, considérant que ce praticien s'était contredit dans ses différentes attestations, préconisant tantôt une opération et tantôt aucune.

La Cour de céans constate que le rapport du 4 avril 2009 répond aux exigences posées par la jurisprudence en la matière (ATF 125 V 351, consid. 3a). En effet, force est de constater que ce rapport a fait l'objet d'une étude circonstanciée des points litigieux, bien connus par le Dr A\_\_\_\_\_. Il se fonde sur des examens complets et prend en considération les plaintes exprimées par le recourant. Il est établi en pleine connaissance de l'anamnèse, l'expert ayant examiné le recourant à plusieurs reprises ces dernières années, et les descriptions du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale sont claires.

La Cour de céans relève ensuite que le recourant ne précise pas en quoi il conteste le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ se limitant simplement à soutenir qu'il contient des contradictions relatives aux indications chirurgicales, sans autre précision. Cela étant, la Cour de céans peine à comprendre les contradictions invoquées par le recourant. En effet, en 2003, le Dr A\_\_\_\_\_ préconisait une réarthrodèse et, en fonction de son résultat, soit de l'état de consolidation, une ablation du matériel d'ostéosynthèse. Cette intervention a eu lieu en juillet 2004. En novembre 2004, le Dr A\_\_\_\_\_ a confirmé que la réalisation prochaine d'un scanner pour évaluer la progression de la consolidation de la réarthrodèse et, en fonction du résultat, l'ablation du matériel d'ostéosynthèse, était le meilleur traitement possible. Après avoir examiné les images CT-Scanner transmises par le recourant, le Dr A\_\_\_\_\_ a informé l'assureur, en avril 2005, qu'il considérait que la consolidation de l'arthrodèse n'était pas acquise de manière optimale. En avril 2009, le Dr A\_\_\_\_\_ a proposé une nouvelle intervention, compte tenu de la consolidation incomplète de la réarthrodèse ainsi que de la présence totalement ectopique et dans une zone fonctionnelle importante d'une broche ayant migré, avec en outre une arthrose scapho-trapézo-trapézoïdienne. Le type d'arthroplastie restait toutefois à déterminer, le consensus actuel parlant en faveur des résections du trapèze avec plastie d'interposition tendineuse. Cette intervention correspond d'ailleurs à celle préconisée par le Dr B\_\_\_\_\_. Au vu de ce qui précède, la

Cour de céans est d'avis qu'il n'y a aucune contradiction dans les propos de l'expert.

De plus, le recourant ne précise aucunement les raisons pour lesquelles il considère que son atteinte à l'intégrité s'élèverait à 40%. Tout au plus se réfère-t-il au rapport du Dr C\_\_\_\_\_ qui estime que le recourant subirait une atteinte de 100% à son intégrité. Cela étant, ce rapport comporte une contradiction importante qui lui dénie toute valeur probante. En effet, sous chiffre 3, le Dr C\_\_\_\_\_ fait état d'une limitation fonctionnelle de l'usage de la main droite dans la vie courante estimée à 40%. En d'autres termes, le recourant peut encore utiliser sa main à 60%. Cependant, sous chiffre 6, il estime que l'usage de cette même main est compromis à 100%. De plus, la Cour de céans rappelle que les rapports établis par le médecin traitants doivent être pris en considération avec plus de circonspection que ceux établis par les spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). Or, compte tenu de la spécialisation du Dr C\_\_\_\_\_ (spécialiste en médecine interne, diabétologie et endocrinologie), il s'agit, selon toute vraisemblance, du médecin traitant du recourant de sorte que son appréciation de l'atteinte à l'intégrité doit être prise en compte avec circonspection.

Au vu de ce qui précède, la Cour de céans considère que le rapport du Dr A\_\_\_\_\_ revêt pleine valeur probante, aucun élément convaincant ne permettant de le remettre en question.

b) Se fondant ainsi sur l'expertise du Dr A\_\_\_\_\_, qui correspond aux réquisits jurisprudentiels, l'assureur a retenu une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10% du gain assuré, ce qui correspond au pourcentage prévu dans la table 1 de la SUVA, sous arthrodèse intracarpienne.

S'agissant du montant de l'indemnité pour atteinte à l'intégrité, la Cour de céans précise encore qu'elle doit être calculée sur la base du gain assuré mentionné à l'art. 22 al. 1 OLAA au moment de l'accident et non sur le gain effectivement réalisé (FREI, Die Integritätsentschädigung nach Art. 24 und 25 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung, 1998, p. 52). Or, dans le cas de l'assuré, le montant de 97'500 fr. constituait le gain assuré en 1996, lors de l'accident. Dès lors que seule une atteinte équivalente à 10% a été retenue, c'est à juste titre que l'assureur a fixé le montant de l'indemnité à 9'750 fr.

11. Le recourant réclame en outre une indemnité de 50'000 fr. en raison de l'atteinte morale persistante due à la douleur morale consécutive au fait qu'il ait dû abandonner son poste de travail sans aucune volonté de sa part, qu'il ait perdu la capacité de travailler et de réaliser un revenu pour sa famille et lui-même et que, cette situation durant depuis plus de 14 ans, il en avait perdu le moral.

a) Comme indiqué précédemment, une atteinte à l'intégrité n'ouvre droit à une indemnisation que si elle est durable. Compte tenu du fait que selon la doctrine psychiatrique majoritaire, seuls des événements accidentels d'une gravité exceptionnelle entraînent des atteintes durables à l'intégrité psychique, il y a lieu, d'après la jurisprudence, de prendre en considération l'événement accidentel lui-même lorsqu'il s'agit d'examiner le caractère durable d'une affection psychique d'origine accidentelle. Le Tribunal fédéral se réfère sur ce point à la classification établie pour statuer sur le rapport de causalité adéquate entre un événement accidentel et des troubles d'ordre psychique (cf. ATF 115 V 140 sv. consid. 6c, 409 sv. consid. 5c). Dans ce cadre, le droit à une indemnité pour atteinte à l'intégrité doit être en principe nié en cas d'accident insignifiant ou de peu de gravité, de même qu'en cas d'accident de gravité moyenne, sans qu'il soit nécessaire de mettre en œuvre dans chaque cas une instruction plus approfondie au sujet de la nature et du caractère durable de l'atteinte psychique. Il ne convient de s'écarter de ce principe que dans des cas exceptionnels, à savoir lorsque l'on se trouve à la limite de la catégorie des accidents graves, pour autant que les pièces du dossier fassent ressortir des indices évidents d'une atteinte particulièrement grave à l'intégrité psychique, qui ne paraît pas devoir se résorber (cf. ATF 124 V 44 consid. 5c).

b) En l'espèce, il est constant que l'accident subi par le recourant doit être qualifié à tout le moins d'accident de peu de gravité. Or, selon la jurisprudence fédérale, une indemnité pour atteinte à l'intégrité psychique doit être niée en présence d'un accident de peu de gravité. De plus, le recourant ne fournit aucun rapport médical attestant d'une atteinte à sa santé psychique. Enfin, force est de constater que les motifs invoqués à l'appui du montant de 50'000 fr. correspondent bien plus à ceux qui pourraient le cas échéant justifier une indemnité pour tort au moral au sens du droit civil, qui n'est pas du ressort de la Cour de céans.

Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimée a refusé l'octroi d'une indemnité pour cause d'atteinte à l'intégrité psychique du recourant.

12. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.
13. Compte tenu du rejet du recours, la Cour de céans examinera encore l'application de l'art. 89H al. 1 LPA, mentionné par l'intimé.

a) L'art. 89H al. 1 LPA prévoit que la procédure est gratuite pour les parties. Toutefois, les débours et un émolument peuvent être mis à la charge de la partie qui agit de manière téméraire ou témoigne de légèreté. En effet, ainsi que le Tribunal fédéral des assurances l'a admis, la possibilité de limiter la gratuité en cas de recours téméraire ou interjeté à la légère est un principe général de procédure prévu pour toutes les branches des assurances sociales (ATF 126 V 151 consid. 4b).

La jurisprudence a précisé qu'un recours voué à l'échec ne saurait être assimilé à un recours présentant un caractère de légèreté ou de témérité. Le fait qu'un recours soit

dépourvu de chances de succès ne suffit pas a priori à lui seul à lui conférer un tel caractère. Encore faut-il qu'un élément – critiquable – s'ajoute subjectivement parlant : la partie concernée doit avoir entamé la procédure quand bien même elle pouvait sans autre se rendre compte, en usant de l'attention que l'on pouvait raisonnablement exiger d'elle, que son recours était dépourvu de chances de succès (Pratique VSI 1998 p. 194).

b) En l'espèce, le seul reproche formulé par l'intimé à l'encontre du recourant est d'avoir chiffré de manière démesurée l'indemnité réclamée. Pour le surplus, l'assureur admet lui-même qu'il peut être défendable de contester le taux d'atteinte à l'intégrité physique et/ou psychique. Si l'on peut admettre que le recourant devait se rendre compte qu'il ne pouvait multiplier l'indemnité par le nombre d'années écoulées depuis l'accident, il n'en va pas de même pour ce qui concerne le pourcentage retenu. Ainsi, dès lors que c'est le calcul de l'indemnité (multiplication par le nombre d'années) - et non le principe ni le pourcentage retenu - qui est contestable, il ne peut être question de témérité ou de légèreté.

Partant, il n'y a pas lieu de condamner le recourant au paiement des débours ou d'un émolument, étant rappelé au demeurant que seul le recourant qui obtient gain de cause a droit à une indemnité à titre de dépens (art. 89H al. 3 LPA ; art. 61 let. g LPGA).

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**A la forme :**

1. Déclare le recours recevable.

**Au fond :**

2. Le rejette.
3. Dit que la procédure est gratuite.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral de la santé publique par le greffe le